

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING
E CRENÇAS SOBRE A DOR
EM ADOLESCENTES COM DOR CRÓNICA**

Sofia Veludo Pereira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING
E CRENÇAS SOBRE A DOR
EM ADOLESCENTES COM DOR CRÓNICA**

Sofia Daniela Veludo Pereira

Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde e da Doença

2015

Agradecimentos

À minha família, da qual estive distante no decurso deste percurso académico mas sempre próxima. Em especial à minha avó e aos meus pais, que nunca deixaram de me apoiar.

Àqueles que me presentearam com a sua amizade ao longo destes anos e que também se mostraram disponíveis para acompanhar esta jornada.

Aos colegas e professores com quem foi possível uma troca de conhecimentos recíproca e contínua durante a concretização do mestrado.

Por fim, os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Luísa Barros pela sábia orientação e disponibilidade.

Resumo

Estudos epidemiológicos indicam uma prevalência da dor na população pediátrica entre os 15% e os 30%. A investigação direccionada a amostras de jovens adolescentes é mais recente, podendo ser encontrados estudos consideráveis acerca das estratégias de *coping* com a dor, mas um menor número relativamente às crenças acerca da dor.

Este estudo teve como objetivo caracterizar os níveis de dor auto reportada, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças acerca da dor em jovens com dor crónica, comparando entre jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária. Os adolescentes da amostra clínica (N=35) e os adolescentes da amostra comunitária (N=35) responderam ao Questionário de *Coping* na Dor e ao Questionário de Atitudes na Dor e procederam ao auto registo dos níveis de dor reportada (dor actual, dor máxima nas duas últimas semanas e dor média nas duas últimas semanas) utilizando a Escala Visual Analógica de dor.

Os níveis de dor reportados foram ligeiramente superiores para a amostra clínica, embora sem diferenças significativas. Os adolescentes de ambas as amostras reportaram maioritariamente estratégias de resolução de problemas para lidar com a dor e crenças de que a dor pode ser curada através da intervenção médica, sendo que os adolescentes da amostra comunitária reportaram mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que as suas emoções têm impacto na experiência da dor. O estudo das associações na amostra comunitária revelou que tanto o *coping* como as crenças se encontram associadas com os níveis de dor reportada. Na amostra clínica apenas se verificou uma associação entre a dor reportada e as estratégias de *coping*. Foram ainda encontradas associações entre o *coping* e as crenças dos adolescentes, para ambas as amostras, tendo sido encontradas em maior número na amostra comunitária.

Este estudo permite alertar para a prevalência de dor crónica na população pediátrica e sugere a intervenção de factores psicológicos na experiência de dor crónica em jovens, tais como as estratégias de *coping* e as crenças acerca da dor.

Palavras-chave: Dor, Adolescência, *Coping*, Crenças

Abstract

Epidemiological studies report that the prevalence of pain in children ranges from 15% to 30%. Research with adolescent samples is more recent, with considerable studies about their coping strategies with pain and fewer regarding their beliefs about pain.

This study aimed to characterize self-reported pain levels, coping strategies with pain and beliefs about pain in young people with chronic pain, comparing two samples, one diagnosed with chronic pain and a community sample. Clinical sample adolescents (N = 35) and community sample adolescents (N = 35) answered to the Pain Coping Questionnaire and the Survey of Pain Attitudes and self-reported their pain levels (current pain, maximum pain during the last two weeks and average pain over the last two weeks) using the Visual Analogue Scale of pain.

Reported pain levels were slightly higher for the clinical sample, although no significant differences were found. Adolescents of both samples mostly reported problem-solving strategies to cope with pain and beliefs in a medical cure for pain, with adolescents from the community sample reporting more adaptive beliefs and beliefs that their emotions have an impact on the pain experience. Association studies in the community sample revealed that both coping and beliefs are associated with reported pain levels. An association between pain and coping strategies was found for the clinical sample. We also found associations between adolescents' coping and beliefs in both samples.

This study contributed to reinforce the evidence about chronic pain prevalence in adolescents and suggests the impact of psychological factors in chronic pain experience in youth, such as coping strategies and beliefs about pain.

Keywords: Pain, Adolescence, Coping, Beliefs

Índice

1.1. INTRODUÇÃO	9
1.1.O conceito de dor	9
1.2.Dor aguda e dor crónica	10
1.3.Dor aguda e dor crónica	11
1.4.Dor crónica na infância e na adolescência	13
1.5.Dor crónica na infância e na adolescência	14
1.6.Estratégias de coping com a dor crónica	15
1.7.Crenças sobre a dor crónica	18
1.8.Objectivos do estudo	18
2. CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA	22
2.1. Participantes	22
2.1.1. <i>Amostra Clínica</i>	22
2.1.2. <i>Amostra Comunitária</i>	22
2.2. Instrumentos	22
2.2.1. <i>Questionário sociodemográfico</i>	22
2.2.2. <i>Escala Visual Analógica de dor</i>	23
2.2.3. <i>Questionário de Coping na Dor</i>	23
2.2.4. <i>Questionário de Atitudes na Dor</i>	25
2.3. Procedimento	26
2.4. Análise de dados	27
3. RESULTADOS	29
3.1. Estudo preliminar das escalas	29
3.1.1. <i>Questionário de Coping na Dor</i>	29
3.1.2. <i>Questionário de Atitudes na Dor</i>	30
3.2. Caracterização das amostras do estudo	31
3.3. Análise descritiva e comparação entre amostras	32
3.3.1. <i>Estudo dos níveis de dor</i>	32
3.3.2. <i>Estudo das estratégias de coping</i>	34
3.3.3. <i>Estudo das crenças sobre a dor</i>	36

3.4. Análise das diferenças entre amostras por Género.....	37
3.4.1. Género e níveis de dor.....	37
3.4.2. Género e estratégias de coping com a dor.....	37
3.4.3. Género e crenças sobre a dor	38
3.5. Análise das diferenças entre amostras por Idade.....	40
3.5.1. Idade e níveis de dor.....	40
3.5.2. Idade e estratégias de coping com a dor.....	40
3.5.3. Idade e crenças sobre a dor	41
3.6. Estudos de associação entre dor, coping e crenças.....	42
3.6.1. Associação entre os níveis de dor e as estratégias de coping.....	42
3.6.2. Associação entre os níveis de dor e as crenças sobre a dor	44
3.6.3. Associação entre as estratégias de coping e as crenças sobre a dor.....	45
4. DISCUSSÃO.....	46
4.1. Estudo preliminar das escalas.....	46
4.2. Caracterização dos níveis de dor, coping e crenças	47
4.2.1. Caracterização dos níveis de dor reportada	47
4.2.2. Caracterização da mobilização de estratégias de coping com a dor	48
4.2.3. Caracterização das crenças sobre da dor.....	50
4.3. Estudos de associação	51
4.3.1. Associação entre os níveis de dor e as estratégias de coping.....	51
4.3.2. Associação entre os níveis de dor e crenças sobre a dor.....	52
4.3.3. Associação entre as estratégias de coping e as crenças sobre a dor.....	53
5. CONCLUSÕES FINAIS	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1: Análise da consistência interna para o questionário PCQ na sua versão para jovens	29
Tabela 2: Análise da consistência interna para o questionário SOPA na sua versão para jovens	30
Tabela 3: Valores mínimos, máximos, médios e desvio padrão dos níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária.....	32
Tabela 4: Valores mínimos, máximos, médios, desvio padrão e teste de diferenças do <i>coping</i> , nas amostras clínica e comunitária	34
Tabela 5: Valores mínimos, máximos, médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças, nas amostras clínica e comunitária	35
Tabela 6: Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças do <i>coping</i> em função do género, na amostra clínica.....	37
Tabela 7: Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças em função do género, na amostra clínica.....	38
Tabela 8: Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças do <i>coping</i> em função da idade, na amostra clínica	39
Tabela 9: Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças em função da idade, na amostra comunitária	41
Tabela 10: Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> o e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária	42
Tabela 11: Correlações entre as crenças sobre a dor o e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária.....	43
Tabela 12: Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> com a dor e as crenças sobre a dor, nas amostras clínica e comunitária.....	44
Fig. 1.: Gráfico Box Plot comparativo das amostras clínica e comunitária para os níveis de dor	33

1. Introdução

1.1. O conceito de dor

A dor representa um problema de saúde pública, surgindo muitas vezes associada a incapacidade física e psicológica para o indivíduo, podendo também prejudicar as suas interacções sociais. A experiência de dor é inerente à experiência humana e, portanto, uma experiência ancestral, para a qual se tem procurado agentes capazes de a aliviar ou cessar. A tentativa de definir o conceito de dor tem sido também concretizada ao longo dos tempos por diversos autores, constituindo uma noção milenar. Na sua extensa história, a dor evolui de uma noção meramente fisiológica para um constructo assente numa visão holística.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994), a dor pode ser definida como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão*”. Deste modo, compreende-se que a dor está associada a uma lesão tecidual, bem como a variáveis cognitivas ou emocionais, pelo que a percepção da sua severidade não será directamente proporcional à quantidade de tecido lesado. Esta definição tem sido amplamente aceite, remetendo para um modelo biopsicossocial da dor (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983). Trata-se, portanto, de uma experiência individual e única, concebida como um fenómeno subjectivo, sendo o comportamento associado à mesma o resultado da interacção entre múltiplos factores físicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e contextuais (e.g. DeGood & Shutty, 1992; Craig, Korol & Pillai, 2002).

1.2. Dor aguda e dor crónica

Considerando a complexidade da dor enquanto fenómeno, torna-se relevante a sua classificação de acordo com critérios específicos, sendo à partida o critério de persistência da dor um factor de discriminação entre dois tipos de dor: a dor aguda e a dor crónica.

Segundo a IASP (1994), a dor aguda caracteriza-se como sendo de início repentino e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal e sendo caracterizada como *“a consciência de sinalizações nocivas de lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilização tanto do sistema nervoso periférico como central. A sua intensidade varia com o processo inflamatório, a cicatrização tecidual e o movimento. Uma característica primordial da dor aguda é a sua resolução”* (IASP, 1994). A dor aguda é definida como tendo natureza nociceptiva, surgindo como consequência imediata da activação de sistemas nociceptivos específicos e apresentado, geralmente, uma relação identificável a lesão ou doença (Merskey & Bogduk, 1994). Assim, a dor aguda possui função de protecção biológica e de alarme a nível do tecido lesionado.

Por sua vez, a dor crónica refere-se a condições em que a dor persevera por um período temporal superior a três meses ou mais, sendo experienciada como recorrente ou contínua (Schechter, Berde, & Yaster, 2003). A duração da sua evolução constitui um critério necessário mas não suficiente para a sua definição, sendo também caracterizada pela IASP (1994) como *“estando presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem”*. Ao persistir para além da lesão que a desencadeou, não apresenta valor biológico aparente ou função protectora, contrariamente à dor aguda. Neste caso, a auto-perpetuação da dor crónica pode torna-la refractária aos tratamentos, já que passa a estar associada não apenas aos factores biológicos que lhe deram origem, como também ao nível do funcionamento psicológico. Segundo Melzack e Wall (1982), a dor crónica, ao ser acompanhada de alterações psicológicas de diversa gravidade e

requerendo cuidados continuados com uma abordagem multidisciplinar, constituiu um “*problema médico que, por si só, necessita de atenção e tratamento específico*”. No mesmo sentido, de acordo com a IASP (1994) “*a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só*”.

O referido carácter biopsicossocial da dor crónica conduz a que esta possa ser compreendida como uma forma de sofrimento global, remetendo para a noção de dor total, em que se salienta a importância de todas as dimensões do sofrimento humano, designadamente, físico, mental, social e espiritual (Saunders & Baines, 1983). Este conceito tem-se mostrado consensual na abordagem à dor crónica, que é conceptualizada como um fenómeno multifactorial derivado de interações recíprocas entre factores de ordem biológica, psicológica e social, que exercem influencia sobre a forma como é experienciada (e.g. Simons, Claar, & Logan, 2008; Leo, Srinivasan, & Parekh, 2010).

1.3. Dor crónica na infância e na adolescência

A dor crónica tem vindo a ser frequentemente reportada por crianças e adolescentes, sendo que estudos epidemiológicos indicam uma prevalência da dor na população pediátrica entre os 15% e os 30% (Goodman & McGrath, 1991; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008), com uma menor proporção, de cerca de 5% a 8%, que sofre de síndromes de dor crónica severa (Eccleston, Bruce & Carter, 2006; Mahrer, Montañó & Gold, 2012; Roth-Isigkeit et al., 2005).

A literatura sugere ainda a existência de diferenças de género no que se refere à prevalência da dor crónica, bem como diferenças na idade, existindo maior propensão para que seja reportada pelo sexo feminino e tendendo a aumentar com o avançar da idade, para a maioria dos tipos de dor (Abu-Saad, 2010; Huguet & Miro, 2008; Haraldstad et al., 2001; King et al., 2011; Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz & Chen, 2008). Outros

autores consideram também o contributo de variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, étnicas e da estrutura familiar para a diferenciação na prevalência de dor nos adolescentes (Lein, Green, & Thoresen, 2011; Melzack & Wall, 1982; Turk & Gatchel, 1999).

Ainda que diversos estudos apontem que a maioria das crianças e adolescentes sejam capazes de mobilizar estratégias adaptativas que lhes permitem lidar de forma eficaz com as condições e limitações associadas à dor crónica, independentemente da intensidade da dor, parece ser também consensual que esta apresenta um impacto no estado geral de saúde destes, podendo afectar negativamente a sua vida funcional diária (Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006; Huguet & Miro, 2008; Hunfeld et al., 2001; King et al., 2011; Konijnenberg et al., 2005; Mahrer, Montaña & Gold, 2012; Palermo, 2000; Roth-Isigkeit et al., 2005). Estudos que associam a dor crónica e a qualidade de vida em adolescentes mostram ainda relações positivas entre dor e outras queixas somáticas, bem como no que se refere ao sofrimento psicológico (Gold et al., 2009; Gold, Mahler, Yee & Palermo, 2009; Hunfeld et al., 2001; Mahrer, Montaña & Gold, 2012). Na mesma sequência, em populações clínicas que incluem casos de maior gravidade, as crianças e adolescentes com dor crónica mostram maior propensão para apresentar problemas de desenvolvimento e distúrbios emocionais e comportamentais como depressão, ansiedade e perturbações de sono, em comparação com o grupo de pares (Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch, & Connell, 2004; Huguet & Miro, 2008; King et al., 2011; Palermo, 2000). Por sua vez, estados de perturbação emocional podem também afectar a própria experiência de dor crónica, aumentando a intensidade e severidade das dores experienciadas pelo adolescente. A presença de factores psicológicos associados à dor crónica mostra-se fortemente relacionada com a intensidade da dor, a persistência da dor a longo prazo, bem como com a experiência de dificuldades funcionais (Hermann, Hohmeister, Zohsel, Tuttas, & Flor, 2008; Malleson, Connell, Bennett & Eccleston, 2001; Schanberg et al. 1997; Vandvik & Eckblad, 1990).

Assim, a dor crónica representa não só um problema comum na população pediátrica, como também uma condição que pode afectar negativamente o quotidiano das crianças e adolescentes, que reportam dificuldades a vários níveis, comparativamente com o grupo de pares que relata apenas problemas ocasionais de dor. Partindo para uma abordagem desenvolvimentista, existem ainda evidências de que a perpetuação da dor crónica indevidamente controlada no adolescente, ao longo de um período de vários anos, conduz a um aumento do risco de dor crónica também na idade adulta (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Christensen & Mortensen, 1975; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Walker, Smith, Garber, & Claar, 2005).

1.4. Dor crónica músculo-esquelética

A dor músculo-esquelética é frequentemente relatada por crianças de todas as idades, representando cerca de 4% a 40% da população pediátrica. Tal como avançado na anterior exposição acerca da prevalência da dor crónica, a literatura aponta que a dor músculo-esquelética aumenta com a idade e é mais frequentemente reportada em crianças e adolescentes do sexo feminino (King et al., 2011).

Um diagnóstico exemplificativo associado à dor crónica músculo-esquelética é a Artrite Idiopática Juvenil, sendo um dos casos mais estudados na área. Esta refere-se não a uma doença específica mas a um termo amplo que engloba as diversas formas de artrite crónica de etiologia desconhecida, com duração superior a um período de 6 semanas, que se manifestam antes dos 16 anos de idade. Deste modo, pode considerar-se como um diagnóstico de exclusão. A Artrite Idiopática Juvenil classifica-se como rara e “benigna”, no sentido em que é relativamente fácil de diagnosticar e de tratar eficazmente, com recurso a medidas simples, tais como o uso de analgésicos. No entanto, está associada a dor de intensidade bastante

variável mas frequente, existindo casos em que os sintomas álgicos excedem o que seria expectável perante a situação clínica de base.

Estudos anteriores indicam que crianças com Artrite Idiopática Juvenil reportam dor em cerca de 70% dos dias, maioritariamente de intensidade leve a moderada e apenas 25% de intensidade severa, existindo evidências de variação na intensidade da dor na ausência de modificações objectivas ao nível do grau de inflamação intra-articular, que prevê apenas uma pequena proporção da variância encontrada nos auto-relatos de dor das crianças, designadamente, de 8% a 28% (Bennett-Branson, Malleson & Craig, 1993; Ilowite, Walco & Pochaczewsky, 1992; Malleson et al, 2004; Schanberg et al, 1997; Schanberg et al., 2003; Thompson, Varni & Hanson, 1987; Vandvik & Eckblad, 1990). À luz destes valores, torna-se relevante o estudo de outras variáveis que possam estar associadas à experiência da dor crónica músculo-esquelética, tal como no caso da Artrite Idiopática Juvenil, nos quais se incluem os factores psicológicos.

1.5. Factores psicológicos na dor crónica

Tal como previamente exposto, a literatura revela que os factores psicológicos podem afectar a experiência da dor crónica, tal como a dor crónica músculo-esquelética, encontrando-se muitas vezes relacionados com a intensidade da dor reportada e a sua persistência a longo prazo, bem como com o grau de dor associada a dificuldades funcionais. Segundo Nieto, Raichle, Jensen & Miró (2012), a dor é uma experiência subjectiva única, resultante de uma avaliação cognitiva da informação sensorial nociva, a partir de um contexto pessoal e sob a influência de factores genéticos e psicológicos. Estas evidências mostram-se concordantes com uma perspectiva biopsicossocial, que procura descrever um modelo que abrange mais plenamente os factores biológicos mas também sociais e psicológicos, relevantes para as manifestações de sintomas crónicos, tais como a dor crónica. Entre as

diversas variáveis psicológicas consideradas em investigações na área, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças sobre a dor mostram-se como componentes centrais dos modelos cognitivo-comportamentais actuais referentes à dor crónica (Glattacker, Heyduck & Meffert, 2012).

De modo sucinto, o *coping* diz respeito a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais mobilizados para lidar com circunstâncias adversas ou stressantes, enquanto as crenças se referem a constructos cognitivos que permitem interpretar o significado dos acontecimentos e tomar decisões sobre como reagir a estes (Lazarus e Folkman, 1984). Segundo os referidos modelos, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças próprias sobre esta desempenham um importante papel na avaliação de um episódio de dor, no processo de adaptação ao processo de dor, consequentemente, no seu impacto em termos funcionais (Boothby et al., 1999; Bradley, 1996; Turk et al, 1983; Walker, Smith, Garber e Claar, 2005). Alguns autores sugerem mesmo que as consequências de um episódio específico de dor podem contribuir para consequências a longo prazo, caso o processo se repita múltiplas vezes como ocorre na dor crónica ou recorrente (Walker, Smith, Garber & Claar, 2005).

1.6. Estratégias de *coping* com a dor crónica

O conceito de *coping* introduzido por Folkman e Lazarus (1984) que define “*esforços cognitivos e comportamentais constantes para lidar com as exigências internas e/ou externas específicas, que se apresentam como excedendo os nossos recursos pessoais*”, trata-se da noção básica do Modelo Transaccional de *stress* e *coping*, no qual os autores propõe que quando o individuo é confrontado com uma determinada situação, avalia cognitivamente se esta representa uma potencial ameaça à sua integridade física e/ou psicológica (avaliação primária) e se dispõe de recursos para lidar eficazmente com a situação considerada ameaçadora (avaliação secundária). Por sua vez, os efeitos funcionais e emocionais destas

avaliações são mediados por estratégias de *coping*, que podem distinguir-se entre estratégias de resolução de problemas, que pretendem agir directamente na situação indutora de *stress*, e estratégias focadas na emoção, que se dizem respeito uma modificação dos pensamentos e emoções acerca da situação. Ambas as referidas estratégias de *coping* podem ainda ser focadas na aproximação ou focadas no evitamento.

A tentativa de desenvolver uma definição de *coping* específica para crianças e adolescentes tem vindo a ser objecto de estudo de variados autores, parecendo estar a emergir um consenso sobre a ideia de que o *coping* caracteriza um conjunto de esforços propositais e volitivos que são dirigidos à regulamentação de aspectos do *self* e do meio em circunstâncias de *stress* (e.g. Compas et al, 2001; Eisenberg 1997; Skinner et al 2003). De acordo com estas perspectivas, a concepção de *coping* assenta na distinção entre processos controlados e processos automáticos. As respostas de *coping* podem ser caracterizadas como sendo controladas e volitivas, isto é, mobilizadas propositalmente pelas crianças e adolescentes para a gestão do *stress*; contrariamente às respostas automáticas, que dizem respeito a aspectos baseados em formas temperamentais de reacção ao *stress*. Segundo Skinner & Zimmer-Gembeck (2007), as respostas de *coping* emergem mais tardiamente no desenvolvimento comparativamente a formas automáticas de lidar com o *stress*, sendo que as formas temperamentais precoces fornecem uma base para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, ao longo da infância e adolescência. A literatura aponta ainda que os componentes do *coping* apresentam diferentes períodos de desenvolvimento, permitindo identificar marcos no desenvolvimento das estratégias de *coping* e sugerindo que estas mudanças ocorrem até ao final da adolescência (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Estas conceptualizações desenvolvimentistas do *coping* salientam, assim, a existência de relações entre o *coping* e a regulação de processos fisiológicos e psicológicos,

bem como com os esforços para regular interações com o meio e com os outros (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011).

No panorama da doença crónica na infância e na adolescência, cada fase do processo de doença pode incluir diversificados indutores de *stress*. A maioria das doenças crónicas é caracterizada por uma fase aguda que envolve o diagnóstico da doença, seguido por *stress* prolongado associado, entre outros factores, com a experiência de dor. Walker, Smith, Garber e Claar (2005) propõem um modelo conceptual do *coping* aplicado à dor crónica na infância e na adolescência, com base no Modelo Transaccional de *stress* (Folkman e Lazarus, 1984). Segundo os autores, as crenças sobre a dor e a avaliação concretizada durante um determinado episódio de dor influenciam as estratégias de *coping* a ser utilizadas para responder a este, sendo que, por sua vez, as estratégias mobilizadas terão implicações nas consequências do próprio episódio. Neste sentido, o modelo pretende ser explicativo a nível disposicional, procurando compreender de que modo é que as crenças sobre o *coping* influenciam as consequências globais de um episódio de dor, mas também a nível situacional, na compreensão do modo como as cognições e comportamentos associados a um episódio de dor influenciam o próprio episódio. Walker, Smith, Garber e Claar (2005) salientam ainda que, no que diz respeito à dor crónica, as consequências de um episódio específico de dor podem contribuir para consequências a longo prazo.

Retomando a abordagem à dor crónica músculo-esquelética, existem evidências de que as estratégias de *coping* com a dor, mobilizadas por crianças e adolescentes com este diagnóstico, se encontram associadas a vários níveis com a dor reportada. Varni et al. (1996), com recurso a um questionário desenvolvido especificamente para crianças, verificaram que a mobilização de estratégias de *coping* baseadas na reorientação cognitiva encontrava-se associada com uma percepção da dor mais reduzida, enquanto estratégias de *coping* focadas no evitamento se relacionavam com um aumento na percepção da dor. No mesmo sentido,

Schanberg et al. (1997) concluíram que crianças que se consideravam capazes de controlar a dor e manifestavam reduzida tendência para a internalização ou catastrofização da mesma reportavam uma intensidade significativamente menor. Um estudo comparativo entre crianças com artrite idiopática juvenil e fibromialgia, considerando ainda uma amostra comunitária, revelou que a utilização de estratégias de *coping* de evitamento focadas na emoção para lidar com a dor encontrava-se positivamente correlacionada com a dor reportada e com dificuldades funcionais (Reid, Lang & McGrath, 1997). Estudos mais recentes relativos ao *coping* com a dor crónica músculo-esquelética têm conduzido também a resultados semelhantes. No que se refere à artrite idiopática juvenil, Thastum, Zachariae e Herlin (2001) verificaram uma associação entre a mobilização de estratégias de *coping* com a dor focadas na aproximação e uma menor dor articular reportada. Os autores concluíram também que a utilização preferencial de estratégias de *coping* de distração se encontrava associada a uma maior tolerância à dor e percepção de uma menor intensidade da mesma, enquanto a tendência para internalização ou catastrofização da dor se reflectia numa menor tolerância à dor e maior intensidade de dor reportada. Note-se que estes últimos resultados verificaram-se também nas crianças pertencentes à amostra comunitária do estudo. Os autores chegaram às mesmas conclusões num estudo posterior, para uma amostra de crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (Thastum, Zachariae & Herlin, 2005).

1.7. Crenças sobre a dor crónica

No seu conceito mais abrangente, as crenças dizem respeito a ideias pré-estabelecidas sobre nós próprios, sobre os outros e sobre as situações do meio (DeGood & Shutty, 1992; Beck, 1997). De um modo geral, representam constructos cognitivos de diferentes tipos, pessoalmente enraizadas ou culturalmente partilhadas, podendo revelar-se como adaptativas ou desadaptativas no modo como um sujeito funciona no mundo que experiencia. As crenças

possibilitam, portanto, a interpretação do significado dos acontecimentos vivenciados, bem como tomar decisões sobre como reagir a estes (Lazarus & Folkman, 1984).

No paradigma da dor crónica, a percepção de dor relaciona-se não apenas com a estimulação sensorial periférica associada à lesão dos tecidos, como também da integração a nível emocional e da função cognitiva, no qual se incluem as crenças e expectativas e consequente atribuição de significado aos eventos. Assim, podem ser consideradas diversas categorias de crenças relevantes no que se refere dor, desde crenças básicas que incluem os pressupostos filosóficos sobre o próprio, a realidade ou a ética, a crenças específicas sobre a dor em si, tais como as suas causas ou expectativas acerca da sua duração, bem como crenças que reflectem atitudes ou estilos de *coping* para lidar com a dor, nas quais se incluem a percepção de auto-eficácia e o conceito de locus de controlo (Shiri & Kreitler, 2007). Enquanto assunções acerca da realidade e segundo as quais os eventos são interpretados, o conjunto de crenças de um individuo encontra-se presente na avaliação de qualquer episódio de dor afectando o seu curso ou consequências, pelo que não devem ser vistas como periféricas à experiência de dor crónica.

Segundo DeGood e Shutty (1992), as crenças relativas à própria dor têm um papel proeminente na percepção da mesma, bem como no impacto desta a vários níveis, tais como na concretização da sua vida funcional diária ou mesmo na adesão a possíveis tratamentos da dor crónica. No mesmo sentido, Jensen, Turner, Romano e Lawler (1994) conduziram um estudo com o intuito de analisar a relação entre crenças específicas de dor e o ajustamento à dor crónica, no qual concluíram que crenças de que as emoções afectam a dor, de que os outros devem ser solícitos quando um paciente sente dor ou que este se pode ser incapacitado pela dor encontram-se positivamente associadas a disfuncionalidade psicossocial. Crenças relativas ao sentimento de incapacidade perante a dor e de que existe uma necessidade de evitar qualquer actividade devido à dor mostraram-se também relacionadas com a

disfuncionalidade física de pacientes com dor crónica. No mesmo sentido, Turner, Jensen e Romano (2000) defendem que crenças específicas acerca da dor crónica encontram-se associadas com a intensidade da dor reportada e o seu impacto no funcionamento físico e psicossocial. Os autores acrescentam ainda que, sendo a dor um possível indutor de *stress*, as crenças associadas influenciam as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com esta, sendo que, tal como previamente exposto, o *coping* condiciona variados factores da experiência de dor crónica. De igual modo, estudos mais recentes, em populações adultas com doenças crónicas específicas, sugerem que as crenças sobre a dor estão relacionadas com a intensidade da dor reportada, sofrimento psicológico e qualidade de vida (Hanley et al., 2004; Osborne, 2007; Raichle, Hanley, Jensen & Cardenas, 2007).

No que se refere à população pediátrica, a literatura relativa a crenças sobre a dor crónica em crianças e adolescentes é ainda escassa. No entanto, as evidências apontam no mesmo sentido que as conclusões obtidas relativamente à população adulta. Thastum, Herlin & Zachariae (2005) conduziram uma investigação pioneira com resultados significativos acerca da relação entre a dor crónica em crianças e adolescentes e as crenças das mesmas associadas à experiência de dor. Os estudos concretizados nesta amostra, constituída por um grupo de jovens (dos 7 aos 15 de idade) com artrite idiopática juvenil, indicaram correlações significativas entre a intensidade da dor reportada e as crenças específicas acerca da dor. Designadamente, verificaram-se relações positivas entre a intensidade da dor e crenças associadas a incapacidade, prejuízo físico e solicitude, bem como relações negativas referentes a crenças relativas ao controlo e cura médica. A ausência de outros estudos longitudinais que repliquem estes resultados torna necessário que se produza mais investigação na área. Contudo, pode ainda referenciar-se um estudo recente, conduzido por Miró, Huguet e Jensen (2014), em que foram encontrados padrões de resultados semelhantes. De modo similar, verificou-se uma associação entre uma maior intensidade da dor reportada

pelas crianças e adolescentes do estudo e o facto de manifestarem crenças de incapacidade de controlo da dor. A inexistência de resultados significativos relativos a outros tipos de crenças, tais como os verificados por Thastum, Herlin & Zachariae (2005), pode dever-se, segundo os autores, ao facto da amostra deste estudo ser constituída por jovens em idade escolar que, de modo geral, apresentam um reduzido nível de dificuldades em termos funcionais, apesar de reportarem dor crónica. No entanto, esta constitui mais uma evidência da importância do estudo das crenças sobre a dor crónica na população pediátrica.

1.8. Objectivos do estudo

A literatura aponta para um interesse crescente pelo estudo da dor crónica na população pediátrica, sendo a investigação direccionada especificamente a amostras de adolescentes mais recente. Podem ser encontrados estudos consideráveis no que diz respeito às estratégias de *coping* com a dor para esta população, mas um menor número relativo às crenças acerca da dor. O presente estudo teve como objectivo geral uma análise comparativa dos níveis de dor auto reportada, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças acerca da dor em jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária. Os objectivos específicos incluíram: caracterizar e comparar os níveis de dor auto reportada em três momentos (dor actual, dor máxima nas duas últimas semanas e dor média nas duas últimas semanas) em jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária; caracterizar e comparar as estratégias de *coping* auto reportadas por jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária; caracterizar e comparar as crenças acerca da dor auto reportadas em jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária; e explorar a existência de associações entre dor e *coping*, dor e crenças e entre *coping* e crenças em cada um destes grupos.

2. Caracterização Metodológica

2.1. Participantes

2.1.1. Amostra Clínica

A amostra clínica incluiu 35 adolescentes, inscritos na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria em Lisboa. Os critérios de inclusão foram o diagnóstico de doença crónica músculo-esquelética, idade compreendida entre os 12 anos e os 20 anos e compreender o português escrito e falado. Tratou-se de uma amostra de conveniência, recolhida desde Outubro de 2014 e Julho de 2015. Potenciais participantes foram excluídos pelo facto de já terem participado em estudos semelhantes anteriores.

2.1.2. Amostra Comunitária

A amostra comunitária incluiu 35 adolescentes, constituindo uma amostra de conveniência da população de adolescentes portugueses. Os critérios de inclusão foram a inexistência de diagnóstico de doença crónica, idade compreendida entre os 12 anos e os 20 anos e compreender o português escrito e falado. Os dados foram recolhidos entre os meses de Junho e Setembro de 2015.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico pretendeu recolher dados relativos à idade, sexo e nível de escolaridade. Pequenas variações foram introduzidas para averiguar o diagnóstico de doença crónica entre as duas amostras. Na amostra clínica, foi pedida informação sobre o diagnóstico clínico e terapêutica actual. No caso da amostra comunitária, perguntou-se acerca do conhecimento de alguma doença crónica diagnosticada.

2.2.2. Escala Visual Analógica de dor

A Escala Visual Analógica (*Visual Analogue Scale* - VAS) é um instrumento psicométrico unidimensional e subjectivo de um determinado constructo que se acredita não ser directamente mensurável, tal como é o caso da dor. No caso da Escala Visual Analógica para a dor, consiste numa linha horizontal, de 100mm de comprimento, ancorada pelos descritores “Sem dor” e “Dor máxima”, respectivamente, na extremidade esquerda e direita. O adolescente deve marcar na linha o ponto que considera que representar a intensidade da sua dor. A pontuação é determinada pela medida em milímetros entre a extremidade esquerda da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica da percepção do adolescente sobre sua própria dor. O valor obtido indica apenas que quanto maior for a distância mais intensa é a dor, pois o instrumento pretende capturar a ideia de dor num contínuo subjacente.

Estudos de validade suportam a utilização da Escala Visual Analógica com crianças e adolescentes, sendo que alguns autores defendem que esta pode ser utilizada em crianças a partir dos 7 anos de idade (Shields et al., 2003). Esta evidência suporta a utilização do instrumento de medida no intervalo de idades contido nas amostras deste estudo. Relativamente à validade de constructo, em sujeitos diagnosticados com doenças reumatóides, verificaram-se correlações significativas com escalas verbais descritivas de 5 pontos para a dor (“nenhuma”; “ligeira”; “moderada”; “severa”; “muito severa”) e com escalas numéricas (escala de resposta desde “sem dor” até “dor insuportável”) com correlações entre 0,71-0,78 e 0,62-0,91, respectivamente (Downie et al. 1978).

2.2.3. Questionário de Coping na Dor

O Questionário de *Coping* na Dor (*Pain Coping Questionnaire* - PCQ) foi desenvolvido por Reid (1998) com o objectivo geral de compreender as estratégias de *coping*

mobilizadas por crianças e adolescentes para lidar com a dor. Trata-se de um questionário compreensivo de auto-relato destinado a uma faixa etária entre os 8 anos e os 18 anos de idade, exigindo um nível de capacidades de leitura equivalente ao 3º ano de escolaridade. É composto por 39 itens que avaliam a frequência com que a criança ou adolescente faz, diz ou pensa determinados comportamentos, verbalizações ou pensamentos quando se encontra com dor (e.g. “Faço perguntas sobre a dor”). Inclui três escalas de ordem superior nas quais se organizam as oito subescalas do questionário. A escala de Aproximação é composta pelas subescalas de procura de informação, resolução de problemas, procura de suporte social e declarações positivas; a escala de Evitamento focado no problema engloba as subescalas distração comportamental e distração cognitiva; e escala Evitamento focado na emoção é constituída pelas subescalas de externalização e internalização. A resposta aos itens é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos (1 - Nunca; 2 - Raramente; 3 - Às vezes; 4 - Frequentemente; 5 - Muito frequentemente), sendo que o preenchimento total do questionário tem um tempo previsto de 10 a 15 minutos. A cotação das escalas de ordem superior e/ou das subescalas pode ser obtida através da soma das respostas dadas aos itens em questão e da sua média, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior uso de determinadas estratégias de *coping*.

Relativamente às qualidades psicométricas deste instrumento, as oito subescalas derivaram de um estudo preliminar com uma amostra de jovens adultos saudáveis, tendo demonstrado bons resultados a nível de consistência interna (α de Chronbach): procura de informação, 0,79; resolução de problemas, 0,86; procura de suporte social, 0,86; declarações positivas, 0,82; distração comportamental, 0,78; distração cognitiva, 0,85; externalização, 0,81; internalização, 0,82 (Reid et al.,1994). As escalas de ordem superior foram também identificadas neste estudo, apresentando elevados valores de consistência interna: aproximação, 0,89; evitamento focado no problema, 0,86; evitamento focado na emoção,

0,85. Valores semelhantes foram encontrados num estudo de validação preliminar do Questionário de *Coping* na Dor, realizado por Reid, Gilbert e McGrath (1998), com uma amostra de crianças e adolescentes com artrite. Designadamente, os três factores de ordem superior justificam 58% da variância dos dados obtidos, revelando um bom ajustamento aos dados ($\chi^2=3,90$, $P=0,79$). Verificou-se ainda que a escala de aproximação revelou-se positivamente correlacionada com a escala evitamento focado no problema ($r=0,28$, $P<0,01$), enquanto a escala de evitamento focado na emoção se correlacionou negativamente com as duas outras escalas (aproximação, $r=-0,18$; evitamento focado no problema, $r=-0,22$).

2.2.4. Questionário de Atitudes na Dor

O Questionário de Atitudes na Dor (*Survey of Pain Attitudes - SOPA*) foi desenvolvido por Jensen e Karoly (1987), com o objectivo de avaliar as crenças relacionadas com a dor que se considera influenciar o modo como o adulto com dor crónica lida com a sua dor. Neste estudo, foi utilizada uma versão adaptada da original, que se destina a crianças e adolescentes (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Trata-se de um questionário de auto-relato, composto por 48 itens que avaliam a frequência com que a criança ou adolescente apresenta determinadas crenças em relação à dor que sente (e.g. “Muitas vezes consigo influenciar a intensidade das dores que sinto”). O questionário inclui seis subescalas que se podem organizar em duas categorias gerais. A categoria referente às Crenças Adaptativas, ou seja, crenças que se acredita contribuir para uma menor incapacidade ao longo do tempo, inclui as subescalas controlo e emoção. A categoria referente às Crenças Inadaptativas, ou seja, crenças que se acredita contribuir para uma maior incapacidade ao longo do tempo, inclui as subescalas incapacidade, prejuízo físico, solicitude e cura médica. A resposta aos itens é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos (1 - Nada verdade em relação a mim; 2 - Pouco verdade em relação a mim; 3 - Bastante verdade em relação a mim; 4 - Muito

verdade em relação a mim; 5 - Totalmente verdade em relação a mim), sendo que o preenchimento total do questionário tem um tempo previsto de 10 a 15 minutos. A cotação das categorias gerais e/ou das subescalas pode ser obtida através da soma das respostas dadas aos itens em questão e da sua média, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior propensão para determinado tipo de crenças.

O Questionário de Atitudes na Dor para crianças e adolescentes foi adaptado a partir dos itens do instrumento original, que já apresentava qualidades psicométricas consideráveis (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Os itens foram revistos e, caso necessário, reformulados de modo a serem compreensíveis pela nova população alvo. Foram ainda acrescentados dois itens considerados relevantes para crianças e adolescentes: “Os meus pais não compreendem até que ponto eu sinto dores” e “Os meus irmãos não compreendem até que ponto eu sinto dores”. Uma subescala, medicação, foi considerada inadequada para a população pediátrica e eliminada. Submetidas cada uma das restantes escalas a estudos de consistência interna, decidiu-se que na versão adaptada seriam incluídos apenas os itens cujo α de Chronbach corresponde-se, pelo menos, a 0,60. Após este procedimento, os coeficientes de confiabilidade das subescalas foram recalculados e considerados aceitáveis (α de Chronbach de valores entre 0,62 e 0,74).

2.3. Procedimento

A Escala Visual Analógica de dor e as versões traduzidas para português do Questionário de *Coping* na Dor e do Questionário de Atitudes na Dor foram aplicados a adolescentes, de acordo com os critérios de inclusão já mencionados.

No caso da amostra clínica, as investigadoras deslocaram-se à consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria em Lisboa. A lista de pacientes inscritos em consulta foi facultada pela médica associada à investigação ou pelos respectivos serviços

de secretariado. Após as investigadoras procederem à verificação de quais os adolescentes que cumpriam os critérios de inclusão, estes foram abordados, juntamente com a sua entidade parental, enquanto esperavam pela hora estipulada para a consulta. O estudo foi devidamente explicado, sendo a participação de carácter voluntário. Primeiramente, foi solicitado à entidade parental e ao adolescente que assinassem o termo de consentimento informado e o assentimento informado, respectivamente. De seguida, foi pedido ao adolescente que preenchesse os questionários, dispostos na seguinte ordem: Questionário de *Coping* na Dor, Questionário de Atitudes na Dor e Questionário sociodemográfico. Após o término do preenchimento, as investigadoras confirmaram que nenhuma questão foi deixada por responder. Por fim, foi pedido ao adolescente que indicasse, na Escala Visual Analógica de dor, qual a dor sentida no momento actual, a dor mais intensa nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas. O tempo total disponibilizado pelos participantes foi, em média, de 30 minutos, sendo que as investigadoras estiveram presentes ao longo de todo o procedimento para esclarecer potenciais dúvidas. A confidencialidade dos dados recolhidos foi mantida através da atribuição de um código a cada questionário.

No caso da amostra comunitária, os adolescentes foram seleccionados para participar no estudo através do método “bola de neve”. Primeiro foram contactados adolescentes conhecidos das investigadoras, que reuniam as condições de inclusão. Por sua vez, estes adolescentes indicaram outros em condições semelhantes. Os adolescentes foram abordados nas suas casas ou em locais. A partir deste ponto, procedeu-se do mesmo modo que descrito para a amostra clínica.

2.4. Análise de dados

Os dados recolhidos em ambas as amostras foram transferidos para formato informático, através do sistema de leitura óptica Teleform, e analisados com recurso ao

programa informático de tratamento estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.

Numa primeira fase, foram realizados estudos psicométricos preliminares do Questionário de *Coping* na Dor e do Questionário de Atitudes na Dor. Designadamente, análises de distribuição de resposta às alternativas de cada item, estudo de correlação item-total e análise de consistência interna.

Na fase seguinte, procedeu-se à caracterização da amostra clínica e da amostra comunitária. Foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade de ambas as amostras. Seguidamente, realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo de modo a compreender o comportamento da amostra clínica e da amostra comunitária em função destas. Por não se ter comprovado a normalidade das amostras, o teste U de Mann-Whitney para averiguar diferenças entre a amostra clínica e comunitária em relação às medidas dos níveis de dor, *coping* com a dor e crenças sobre a dor.

Por fim, foi realizado o teste de correlação ordinal de Spearman, com o intuito de explorar potenciais associações entre as diferentes variáveis em estudo.

3. Resultados

3.1. Estudo preliminar das escalas

Os estudos preliminares dos questionários utilizados neste estudo foram conduzidos com a amostra total, ou seja, o conjunto das amostras clínica e comunitária (N=70).

3.1.1. *Questionário de Coping na Dor*

Os resultados foram submetidos a análises de distribuição de resposta às alternativas de cada item, estudo de correlação item-total e análise de consistência interna para cada uma das três escalas de ordem superior e para as oito subescalas do questionário.

A análise da amplitude de resposta por item mostrou não ser necessário retirar nenhum item. Cada um dos 39 itens apresentou resultados que cobriam todas as possibilidades de resposta. A análise de correlação item-escala indicou bons coeficientes de discriminação para a maioria dos itens por escala de ordem superior e por subescala, exceptuando para os itens 4, 20 e 35, para a escala de ordem superior Aproximação. No entanto, as correlações item-escala reveladas são superiores a 0.20, representando uma discriminação limitada mas aceitável. Para ambas as escalas de ordem superior e para a maioria das subescalas foram encontrados bons níveis de consistência interna, sendo os alfas encontrados de valor superior a 0.70. A única excepção é a subescala Declarações Positivas, em que o alfa é inferior a 0.70 mas ainda assim aceitável.

A tabela 1 resume os níveis de consistência interna dos factores de ordem superior e das subescalas do *coping*.

Tabela 1*Análise da consistência interna para o questionário PCQ na sua versão para jovens*

<i>Coping</i> escalas de ordem superior e subescalas	Amostra total
	α
Aproximação	0,88
Procura de Informação	0,74
Resolução de Problemas	0,85
Procura de Suporte Social	0,84
Declarações Positivas	0,69
Evitamento Focado no Problema	0,86
Distracção Comportamental	0,81
Distracção Cognitiva	0,83
Evitamento Focado na Emoção	0,84
Externalização	0,85
Internalização	0,78

3.1.2. Questionário de Atitudes na Dor

Os resultados foram submetidos a análises de distribuição de resposta às alternativas de cada item, estudo de correlação item-total e análise de consistência interna para cada uma das duas categorias gerais e para as seis subescalas do questionário.

A análise da amplitude de resposta por item mostrou que a maioria dos 48 itens apresentou resultados que cobriam todas as possibilidades de resposta, exceptuando o item 5 que não apresenta respostas “Totalmente verdade em relação a mim”. As análises de correlação item-escala indicaram vários itens por categoria ou por subescala com coeficientes de discriminação aceitáveis mas limitados, bem como alguns itens com coeficientes de discriminação fracos (alfa menor que 0.20). Relativamente à análise de consistência interna das categorias gerais e das subescalas, para a maioria verificaram-se coeficientes de confiabilidade aceitáveis (entre 0.60 e 0.74), semelhantes aos encontrados no estudo preliminar de Jensen, Turner, Romano e Lawler (1994). No entanto, as subescalas Incapacidade e Prejuízo Físico apresentaram coeficientes de confiabilidade inferiores a 0.60.

A tabela 2 resume os níveis de consistência interna das categorias gerais e das subescalas referentes às crenças sobre a dor.

Tabela 2

Análise da consistência interna para o questionário SOPA na sua versão para jovens

<i>Crenças categorias gerais e subescalas</i>	<i>Amostra total</i>
	<i>α</i>
Crenças Adaptativas	0,60
Controlo	0,62
Emoção	0,73
Crenças Desadaptativas	0,59
Incapacidade	0,42
Prejuízo Físico	0,43
Solicitude	0,64
Cura Médica	0,74

Apesar dos resultados do estudo de correlação item-total e da análise de consistência interna descritos, atendendo ao reduzido tamanho da amostra optou-se por realizar o estudo mantendo a estrutura da escala original.

3.2. Caracterização das amostras do estudo

Os estudos comparativos e análise de correlações deste estudo foram realizados com uma amostra clínica (N=35) e a amostra comunitária (N=35).

Ambas as amostras incluíram uma maior percentagem de adolescentes do sexo feminino. Na amostra clínica 24 (68.6%) indivíduos eram do sexo feminino, enquanto na amostra comunitária eram 19 (54.3%). As diferenças na distribuição de sujeitos relativamente à variável género entre a amostra clínica e a amostra comunitária não foram estatisticamente significativas ($U=525$, $p=0,223$).

Verificou-se que a média das idades dos adolescentes da amostra clínica ($M=15,63$; $D.P.=2,00$) foi inferior à média das idades dos adolescentes da amostra comunitária ($M=16,86$; $D.P.=2,43$). Por sua vez, a amostra comunitária incluiu adolescentes entre os 12 e os 20 anos de idade, enquanto a amostra clínica não apresentou nenhum sujeito com 20 anos de idade. As diferenças encontradas na distribuição de sujeitos relativamente à variável idade entre a amostra clínica e a amostra comunitária foram estatisticamente significativas ($U=404$, $p=0,013$).

A maioria dos adolescentes da amostra clínica tinha diagnóstico de doença crónica músculo-esquelética. Designadamente, 34.3% dos sujeitos tinham Artrite Idiopática Juvenil e 48.6% outros diagnósticos crónicos músculos-esqueléticos. Os restantes 17.1% apresentavam um diagnóstico ainda inconclusivo, mas associado a dor crónica músculo-esquelética. Relativamente à amostra comunitária, 94.3% dos sujeitos não apresentam diagnóstico de doença crónica de qualquer tipo, sendo que 5.7% apresentam um diagnóstico de Sinusite.

3.3. Análise descritiva e comparação entre amostras

3.3.1. Estudo dos níveis de dor

Foi medida a dor dos adolescentes relativa a três momentos diferentes: a dor sentida no momento actual, a dor mais intensa nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas. Para qualquer uma destas condições de medida a média da dor foi superior para a amostra clínica em comparação com a amostra comunitária.

A tabela 3 resume o valor mínimo, máximo, média e desvio padrão para cada uma das medidas de dor, em ambas as amostras do estudo.

Tabela 3

Valores mínimos, máximos, médios e desvio padrão dos níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária

Medidas do nível de dor	Amostra clínica			Amostra comunitária		
	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Dor momento actual	0	8.30	2,17 (2.62)	0	6.90	1.40 (1.93)
Dor mais intensa 2 últimas semanas	0	10.00	5,17 (3.20)	0	10.00	4.50 (2.93)
Dor média 2 últimas semanas	0	9.00	3,89 (2.64)	0	9.50	2.98 (2.77)

No entanto, as diferenças nos níveis de dor entre a amostra clínica e a amostra comunitária, para qualquer uma das medidas, não foram estatisticamente significativas (Dor no momento actual $U=571$, $p= 0,634$; Dor mais intensa nas duas últimas semanas $U=536$, $p= 0,372$; Dor média nas duas últimas semanas $U=486$, $p= 0,138$).

Para a medida do nível de dor no momento actual na amostra comunitária, apesar da média relativamente baixa, destacam-se três jovens com níveis de dor mais elevados.

A figura 1 compara os valores dos níveis de dor na amostra clínica e na amostra comunitária.

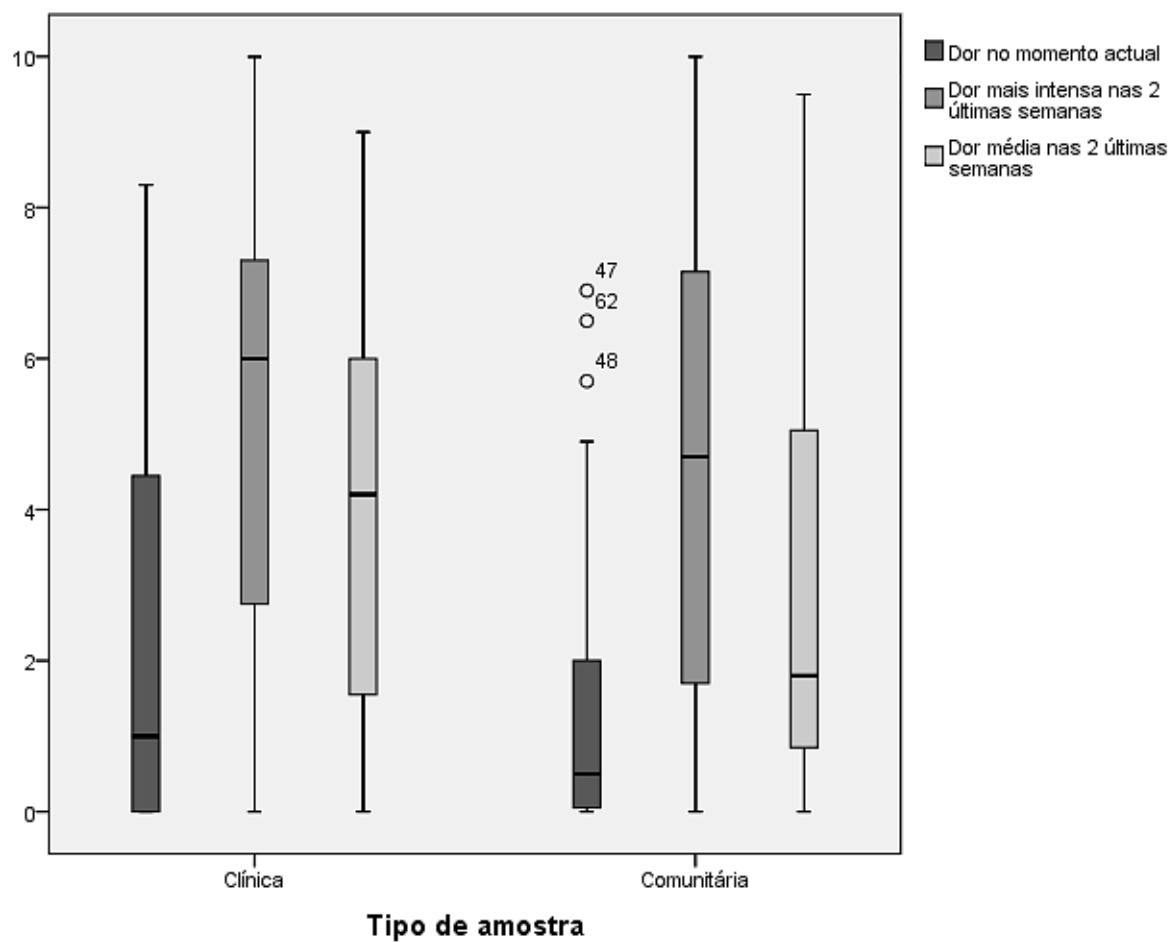


Fig. 1. Gráfico Box Plot comparativo das amostras clínica e comunitária para os níveis de dor

3.3.2. Estudo das estratégias de coping

A tabela 4 sumariza as estatísticas descritivas e teste de diferenças para as escalas de ordem superior e subescalas do *coping*, para a amostra clínica e para a amostra comunitária.

Tabela 4

Valores mínimos, máximos, médios, desvio padrão e teste de diferenças do coping, nas amostras clínica e comunitária

Coping escalas de ordem superior e subescalas	Amostra clínica			Amostra comunitária			Diferenças
	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	
Aproximação	2.00	4.00	3.22(0.52)	1.00	5.00	3.22 (0.68)	<i>U</i> = 588
Procura de Informação	1.25	5.00	2.99 (0.85)	1.00	5.00	2.94 (0.89)	<i>U</i> = 590
Resolução de Problemas	2.00	5.00	3.52 (0.70)	1.00	5.00	3.39 (0.89)	<i>U</i> = 559
Procura de Suporte Social	1.40	4.20	3.07 (0.79)	1.00	5.00	3.20 (1.00)	<i>U</i> = 574
Declarações Positivas	1.20	4.40	3.26 (0.61)	1.00	5.00	3.29 (0.65)	<i>U</i> = 551
Evitamento Focado no problema	1.70	4.50	3.12 (0.70)	1.40	4.80	3.01 (0.73)	<i>U</i> = 562
Distracção Comportamental	1.80	4.80	3.26 (0.76)	1.00	4.60	3.11 (0.86)	<i>U</i> = 563
Distracção Cognitiva	1.40	5.00	2.99 (0.89)	1.40	5.00	2.91 (0.82)	<i>U</i> = 596
Evitamento Focado na Emoção	1.20	4.10	1.98 (0.69)	1.00	3.50	1.91 (0.59)	<i>U</i> = 610
Externalização	1.00	4.80	1.49 (0.85)	1.00	3.00	1.56 (0.57)	<i>U</i> = 498
Internalização	1.20	4.80	2.46 (0.84)	1.00	4.00	2.27 (0.75)	<i>U</i> = 5.48

Verificou-se que tanto os adolescentes da amostra clínica como da comunitária mobilizam maioritariamente estratégias de *coping* de resolução de problemas para lidar com a dor. Por sua vez, as estratégias de *coping* menos utilizadas são as estratégias de externalização.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, tanto para as escalas de ordem superior como para as subescalas do *coping*.

3.3.3. Estudo das crenças sobre a dor

A tabela 5 sumariza as estatísticas descritivas e teste de diferenças para as categorias gerais e subescalas referentes às crenças sobre a dor, para a amostra clínica e para a amostra comunitária.

Tabela 5

Valores mínimos, máximos, médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças, nas amostras clínica e comunitária

<i>Crenças categorias gerais e subescalas</i>	<i>Amostra clínica</i>			<i>Amostra comunitária</i>			<i>Diferenças</i>
	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	
Crenças Adaptativas	1.86	4.21	2.76 (0.52)	2.36	3.93	3.04 (0.42)	U= 397
Controlo	1.29	4.57	3.09 (0.78)	2.43	4.29	3.12 (0.41)	U= 594
Emoção	1.29	4.29	2.42 (0.76)	1.57	4.57	2.97 (0.77)	U= 384
Crenças Desadaptativas	2.20	3.44	2.80 (0.29)	2.04	3.84	2.85 (0.39)	U= 577
Incapacidade	1.00	3.71	2.39 (0.64)	1.29	3.29	2.42 (0.46)	U= 603
Prejuízo Físico	1.67	4.33	3.20 (0.59)	1.83	4.67	2.99 (0.61)	U= 475
Solicitude	1.00	4.00	2.27 (0.69)	1.43	4.14	2.51 (0.72)	U= 509
Cura Médica	2.00	4.83	3.59 (0.89)	1.83	5.00	3.64 (0.76)	U= 592

Verificou-se que tanto os adolescentes da amostra clínica como os adolescentes da amostra comunitária apresentam maioritariamente crenças de que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica (Cura Médica). Por sua vez, os adolescentes da amostra clínica mostraram menor tendência para acreditar que os outros, especialmente os membros da família, devem ser solícitos como resposta à sua experiência de dor (Solicitude). Na amostra

comunitária os adolescentes apresentaram menor tendência para acreditar que a dor poderá conduzir a incapacidade (Incapacidade).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as amostras clínica e comunitária apenas para a categoria geral Crenças Adaptativas e para a subescala Emoção, sendo que os adolescentes da amostra comunitária apresentam mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que suas emoções têm um impacto sobre a experiência da dor (Emoção) em comparação com os adolescentes da amostra clínica.

3.4. Análise das diferenças entre amostras por Género

3.4.1. Género e níveis de dor

Na amostra clínica, verificaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas no nível de dor mais intensa nas duas últimas semanas em função do género ($U=62$, $p=0.012$), sendo que as raparigas ($M=6,14$; $D.P.=2,69$) reportaram níveis mais elevados do que os rapazes ($M=3,06$; $D.P.=3,31$).

Na amostra comunitária, não foram verificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor em função do género.

3.4.2. Género e estratégias de coping com a dor

A tabela 6 sumariza as diferenças nas estratégias de *coping* com a dor em função do género, na amostra clínica.

Tabela 6

Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças do coping em função do género, na amostra clínica

<i>Coping</i> escalas de ordem superior e subescalas	Raparigas	Rapazes	Diferenças
	Média (DP)	Média (DP)	
Aproximação	3.29 (0.47)	3.15 (0.66)	$U= 117; p= 0.61$
Procura de Informação	2.97 (0.92)	3.05 (0.71)	$U= 122; p= 0.74$
Resolução de Problemas	3.67 (0.66)	3.22 (0.74)	$U= 92; p= 0.16$
Procura de Suporte Social	3.06 (0.75)	3.09 (0.90)	$U= 123; p= 0.77$
Declarações Positivas	3.46 (0.65)	3.23 (0.96)	$U= 120; p= 0.69$
Evitamento Focado no Problema	2.96 (0.71)	3.47 (0.56)	$U= 73; p= 0.04$
Distracção Comportamental	3.04 (0.73)	3.73 (0.61)	$U= 59; p= 0.01$
Distracção Cognitiva	2.88 (0.95)	3.22 (0.76)	$U= 100; p= 0.27$
Evitamento Focado na Emoção	2.12 (0.76)	1.67 (0.38)	$U= 85; p= 0.09$
Externalização	1.55 (0.94)	1.38 (0.62)	$U= 120; p= 0.69$
Internalização	2.69 (0.88)	1.96 (0.44)	$U= 67; p= 0.02$

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na mobilização de estratégias de *coping* de Evitamento Focado no Problema, Distracção Comportamental e Internalização em função do género. Os rapazes relatam mais estratégias de *coping* de evitamento focado no problema e de distracção comportamental e as raparigas mais estratégias de *coping* de Internalização.

Na amostra comunitária, não foram verificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* mobilizadas em função do género.

3.4.3. Género e crenças sobre a dor

A tabela 7 sumariza as diferenças nas crenças sobre a dor em função do género, na amostra clínica.

Tabela 7

Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças em função do género, na amostra clínica

Crenças categorias gerais e subescalas	Raparigas	Rapazes	Diferenças
	Média (DP)	Média (DP)	
Crenças Adaptativas	2,80 (0.53)	2,66 (0.49)	$U= 114; p= 0.54$
Controlo	2,92 (0.74)	3,45 (0.77)	$U= 84; p= 0.09$
Emoção	2,68 (0.73)	1,86 (0.45)	$U= 45; p= 0.01$
Crenças Desadaptativas	2,84 (0.29)	2,72 (0.29)	$U= 108; p= 0.41$
Incapacidade	2,66 (0.59)	2,03 (0.63)	$U= 75; p= 0.04$
Prejuízo Físico	3,36 (0.53)	2,86 (0.62)	$U= 70; p= 0.03$
Solicitude	2,38 (0.65)	2,05 (0.78)	$U= 83; p= 0.09$
Cura Médica	3,30 (0.71)	4,21 (0.51)	$U= 39; p= 0.01$

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Emoção, Incapacidade, Prejuízo Físico e Cura Médica em função do género. As raparigas apresentam maior tendência para acreditar que as suas emoções têm um impacto sobre a experiência da dor e que a dor poderá conduzir a incapacidade e a prejuízo físico. Por sua vez, verificou-se que os rapazes apresentam maior tendência para acreditar que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica.

Na amostra comunitária, verificaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas para a subescala Solicitude em função do género ($U=83, p= 0.022$). Os rapazes ($M=2.79; D.P.=0.64$) mostraram maior tendência para acreditar que os outros, especialmente os membros da família, devem ser solícitos como resposta à sua experiência de dor em comparação com as raparigas ($M=2.29; D.P.=0.72$).

3.5. Análise das diferenças entre amostras por Idade

Para explorar eventuais diferenças na distribuição das variáveis em função da idade foram organizados dois grupos etários: adolescentes mais novos (dos 12 aos 15 anos de idade) e adolescentes mais velhos (dos 16 aos 20 anos de idade).

3.5.1. Idade e níveis de dor

Não foram verificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor em função da idade, quer para a amostra clínica quer para a amostra comunitária.

3.5.2. Idade e estratégias de coping com a dor

A tabela 8 sumariza as diferenças nas estratégias de *coping* com a dor em função da idade, na amostra clínica.

Tabela 8

Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças do coping em função da idade, na amostra clínica

<i>Coping</i> escalas de ordem superior e subescalas	Mais novos	Mais velhos	Diferenças
	Média (DP)	Média (DP)	
Aproximação	3.09 (0.64)	3.36 (0.40)	$U= 113$; $p= 0.23$
Procura de Informação	2.67 (0.73)	3.24 (0.88)	$U= 85$; $p= 0.03$
Resolução de Problemas	3.39 (0.91)	3.63 (0.49)	$U= 137$; $p= 0.68$
Procura de Suporte Social	2.88 (0.88)	3.21 (0.71)	$U= 118$; $p= 0.29$
Declarações Positivas	3.43 (0.69)	3.35 (0.82)	$U= 143$; $p= 0.83$
Evitamento Focado no Problema	3.35 (0.75)	2.95 (0.63)	$U= 108$; $p= 0.17$
Distracção Comportamental	3.26 (0.91)	3.25 (0.64)	$U= 141$; $p= 0.78$
Distracção Cognitiva	3.44 (0.82)	2.65 (0.81)	$U= 72$; $p= 0.01$
Evitamento Focado na Emoção	1.87 (0.75)	2.06 (0.65)	$U= 111$; $p= 0.20$
Externalização	1.60 (1.03)	1.42 (0.69)	$U= 140$; $p= 0.76$
Internalização	2.13 (0.71)	2.71 (0.85)	$U= 90$; $p= 0.04$

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de Procura de Informação, Distracção Cognitiva e Internalização em função da idade. Os adolescentes mais velhos reportam mais estratégias de informação e internalização, enquanto os mais novos mobilizam mais estratégias de *coping* de distracção cognitiva.

Na amostra comunitária, não foram verificadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* mobilizadas em função da idade.

3.5.3. Idade e crenças sobre a dor

Na amostra clínica, verificaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas para a categoria geral Crenças Adaptativas ($U=86$, $p=0.033$) e para a subescala Controlo ($U=71$, $p=0.008$). Os adolescentes mais novos ($M=2.99$; $D.P.=0.59$) apresentam mais crenças adaptativas do que os mais velhos ($M=2.58$; $D.P.=0.37$). Verificou-se também que os adolescentes mais novos ($M=3.48$; $D.P.=0.65$) mostraram maior tendência para acreditar que são capazes de controlar a dor do que os mais velhos ($M=2.80$; $D.P.=0.75$).

A tabela 9 sumariza as diferenças nas crenças sobre a dor em função da idade, na amostra comunitária.

Tabela 9

Valores médios, desvio padrão e teste de diferenças das crenças em função da idade, na amostra comunitária

<i>Crenças categorias gerais e subescalas</i>	Mais novos	Mais velhos	Diferenças
	Média (DP)	Média (DP)	
Crenças Adaptativas	2,98 (0.34)	3,07 (0.45)	<i>U</i> = 109; <i>p</i> = 0.78
Controlo	3,19 (0.38)	3,09 (0.43)	<i>U</i> = 95; <i>p</i> = 0.42
Emoção	2,76 (0.65)	3,04 (0.82)	<i>U</i> = 100; <i>p</i> = 0.54
Crenças Desadaptativas	3,15 (0.41)	2,74 (0.34)	<i>U</i>= 50; <i>p</i>= 0.01
Incapacidade	2,59 (0.37)	2,36 (0.48)	<i>U</i> = 86; <i>p</i> = 0.26
Prejuízo Físico	3,48 (0.70)	2,83 (0.48)	<i>U</i>= 53; <i>p</i>= 0.02
Solicitude	2,60 (0.73)	2,48 (0.73)	<i>U</i> = 107; <i>p</i> = 0.73
Cura Médica	4,17 (0.63)	3,47 (0.73)	<i>U</i>= 54; <i>p</i>= 0.02

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na categoria geral Crenças Desadaptativas e nas subescalas Prejuízo Físico e Cura Médica.

Os adolescentes mais novos apresentam mais crenças desadaptativas do que os mais velhos, bem como uma maior tendência para acreditar que a dor poderá conduzir a prejuízo físico e de que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica.

3.6. Estudos de associação entre as dor, *coping* e crenças

3.6.1. Associação entre os níveis de dor e as estratégias de coping

A tabela 10 resume as correlações encontradas entre os níveis de dor reportada e as estratégias utilizadas pelos adolescentes, tanto na amostra clínica como na comunitária.

Tabela 10

Correlações entre as estratégias de coping e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária

<i>Coping</i> escalas de ordem	Dor actual		Dor máxima 2 últimas semanas		Dor média 2 últimas semanas	
	Amostra clínica	Amostra comunitária	Amostra clínica	Amostra comunitária	Amostra clínica	Amostra comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)
Aproximação	0.082	0.246	0.212	0.404*	0.406*	0.356*
Procura de Informação	-0.006	0.217	0.146	0.287	0.264	0.253
Resolução de Problemas	-0.015	0.269	0.185	0.396*	0.366*	0.400*
Procura de Suporte Social	0.246	0.137	0.288	0.395*	0.303	0.295
Declarações Positivas	0.001	0.176	0.044	0.112	0.231	0.124
Evitamento Focado no Problema	-0.192	0.034	-0.208	0.177	-0.274	0.176
Distracção Comportamental	-0.173	-0.068	-0.202	0.135	-0.211	0.070
Distracção Cognitiva	-0.117	0.064	-0.164	0.092	-0.240	0.174
Evitamento Focado na Emoção	0.068	0.104	0.338*	0.245	0.205	0.266
Externalização	-0.018	0.034	0.214	0.154	0.022	0.198
Internalização	0.063	0.192	0.358*	0.243	0.283	0.263

*p< 0.05

Tanto na amostra clínica como na amostra comunitária o nível de dor no momento actual não mostrou estar significativamente associado com nenhuma das escalas de ordem superior nem com as subescalas do *coping*.

Relativamente ao nível de dor mais intensa nas duas últimas semanas, na amostra clínica observaram-se correlações positivas significativas com o Evitamento Focado na Emoção e com a subescala Internalização. Na amostra comunitária, observaram-se correlações positivas a Aproximação e com as subescalas Resolução de Problemas e Procura de Suporte Social.

Em relação ao nível de dor média nas duas últimas semanas, tanto na amostra clínica como na amostra comunitária observaram-se correlações positivas com a Aproximação e a subescala Resolução de Problemas.

3.6.2. Associação entre os níveis de dor e as crenças sobre a dor

A tabela 11 resume as correlações encontradas na amostra comunitária entre as crenças dos adolescentes sobre a dor e os níveis de dor máxima e média reportados.

Tabela 11

Correlações entre as crenças sobre a dor e os níveis de dor, nas amostras clínica e comunitária

<i>Crenças categorias gerais e subescalas</i>	Dor actual		Dor máxima 2 últimas semanas		Dor média 2 últimas semanas	
	Amostra clínica	Amostra comunitária	Amostra clínica	Amostra comunitária	Amostra clínica	Amostra comunitária
	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)	Dor (rs)
Crenças Adaptativas	-0.028	0.184	-0.063	0.253	-0.108	0.296
Controlo	-0.233	0.086	-0.215	0.129	-0.117	0.212
Emoção	0.234	0.197	0.162	0.285	0.010	0.286
Crenças Desadaptativas	0.204	0.265	-0.008	0.257	-0.119	0.279
Incapacidade	0.307	0.223	0.162	0.091	0.087	0.160
Prejuízo Físico	0.018	0.299	0.054	0.452**	0.069	0.478**
Solicitude	0.208	0.263	0.098	0.212	-0.048	0.225
Cura médica	-0.198	0.076	-0.331	-0.010	-0.241	0.045

**p< 0.01

Não foram encontradas associações entre as crenças acerca da dor dos adolescentes da amostra clínica e os níveis de dor reportados por estes.

Por sua vez, na amostra comunitária verificaram-se correlações positivas entre as crenças de Prejuízo Físico dos adolescentes e os níveis de dor máxima e média nas duas últimas semanas.

3.6.3. Associação entre as estratégias de coping e as crenças sobre a dor

O estudo das correlações entre as estratégias de *coping* com a dor e as crenças sobre a dor indicou a existência de várias correlações significativas entre as variáveis, tanto para a amostra clínica como para a amostra comunitária, destacando-se as encontradas para as crenças relativas à capacidade de controlo da dor. Verificou-se ainda um maior número de correlações na amostra comunitária.

A tabela 12 sumariza as correlações encontradas entre as estratégias de *coping* mobilizadas e as crenças sobre a dor, para a amostra clínica e comunitária.

Tabela 12

Correlações entre as estratégias de coping com a dor e as crenças sobre a dor, nas amostras clínica e comunitária

		Crenças Adaptativas	Controlo	Emoção	Crenças Desadaptativas	Incapacidade	Prejuízo Físico	Solicitude	Cura Médica
Amostra clínica	Aproximação	0.224	0.301	0.028	0.254	-0.101	0.221	0.199	0.125
	Procura de Informação	-0.030	-0.022	-0.104	0.179	-0.013	0.285	0.063	-0.032
	Resolução de Problemas	0.304	0.312	0.142	0.357*	-0.125	0.416*	0.297	0.089
	Procura de Suporte Social	0.032	0.191	-0.148	0.048	-0.194	-0.125	0.010	0.266
	Declarações Positivas	0.276	0.408*	0.065	0.032	-0.100	-0.207	0.211	0.091
	Evitamento Focado no Problema	0.100	0.279	-0.058	-0.233	-0.135	-0.255	-0.130	0.013
	Distracção Comportamental	0.023	0.200	-0.129	-0.158	-0.164	-0.145	-0.211	0.111
	Distracção Cognitiva	0.131	0.257	0.009	-0.229	-0.114	-0.241	-0.047	-0.038
	Evitamento Focado na Emoção	-0.074	-0.269	0.144	0.064	0.088	0.267	0.052	-0.181
	Externalização	-0.011	-0.090	0.021	-0.111	-0.076	0.045	0.127	-0.274
	Internalização	-0.191	-0.383*	0.124	0.159	0.238	0.379*	0.003	-0.165
	Amostra comunitária	Aproximação	0.341*	0.267	0.247	0.364*	0.121	0.218	0.172
Procura de Informação		0.341*	0.219	0.258	0.137	0.050	0.063	0.062	0.297
Resolução de Problemas		0.517**	0.448**	0.318	0.198	0.034	0.062	0.065	0.329
Procura de Suporte Social		0.193	0.014	0.263	0.392*	0.174	0.245	0.268	0.246
Declarações Positivas		0.189	0.159	0.117	-0.015	-0.214	-0.018	0.102	-0.038
Evitamento Focado no Problema		0.190	0.341*	0.017	-0.144	-0.426*	0.059	0.145	-0.149
Distracção Comportamental		0.246	0.284	0.100	-0.254	-0.477**	-0.064	0.088	-0.232
Distracção Cognitiva		0.077	0.350*	-0.098	-0.036	-0.268	0.128	0.129	-0.028
Evitamento Focado na Emoção		0.180	-0.119	0.293	0.403*	0.429*	0.290	0.423*	-0.082
Externalização		0.129	-0.019	0.189	0.193	0.284	0.221	0.263	-0.311
Internalização		0.150	-0.182	0.274	0.510**	0.480**	0.330	0.514**	0.046

*p < 0.05

**p < 0.01

4. Discussão

O presente estudo teve como principais objectivos comparar os níveis de dor auto reportada, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças acerca da dor, em jovens com diagnóstico de dor crónica seguidos numa consulta de Reumatologia e jovens de uma amostra comunitária e explorar a existência de associações entre dor, *coping* e crenças em cada um destes grupos.

4.1. Estudo preliminar das escalas

Considerando os estudos preliminares dos questionários usados neste estudo, verificámos que o Questionário de *Coping* na Dor revelou bons níveis de consistência interna, tanto para os factores de ordem superior como para as subescalas, sendo estes resultados semelhantes aos encontrados pelos autores da versão original (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998).

Relativamente ao Questionário de Atitudes na Dor, a análise de consistência interna das categorias gerais e das subescalas, indicou coeficientes de confiabilidade aceitáveis, semelhantes aos encontrados num estudo preliminar anterior (Jensen, Turner, Romano e Lawler, 1994). No entanto, as subescalas Incapacidade e Prejuízo Físico apresentaram coeficientes de confiabilidade reduzidos.

A reduzida dimensão da amostra, para além de não ter permitido a concretização de estudos psicométricos mais completos, pode ter influenciado a qualidade dos resultados obtidos. Serão necessários estudos mais alargados e com amostras de dimensões superiores, para confirmar a adequação da utilização destas escalas na população portuguesa.

4.2. Caracterização dos níveis de dor, coping e crenças

4.2.1. Caracterização dos níveis de dor reportada

Tanto para a amostra clínica como para a amostra comunitária, os níveis de dor reportados pelos adolescentes foram medidos em três momentos diferentes: a dor sentida no momento actual, a dor mais intensa nas duas últimas semanas e a dor média nas duas últimas semanas. Em qualquer uma das condições de medida, os níveis de dor reportados foram ligeiramente superiores para a amostra clínica, embora as diferenças encontradas não sejam significativas.

A maioria dos adolescentes da amostra clínica seguia terapêutica continuada para o controlo da dor, o que poderá ter contribuído para níveis de dor crónica mais reduzidos. No entanto e, apesar do recurso a terapêutica, alguns destes adolescentes reportaram ainda níveis moderados a elevados de dor. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores que têm apontado sistematicamente que o grau de inflamação intra-articular, sobre o qual actua grande parte das terapêuticas, explica apenas uma pequena proporção da variância encontrada nos auto-relatos da dor (Bennett-Branson, Malleson & Craig, 1993; Ilowite, Walco & Pochaczewsky, 1992; Malleson et al, 2004; Schanberg et al, 1997; Schanberg et al., 2003; Thompson, Varni & Hanson, 1987; Vandvik & Eckblad, 1990), sugerindo a interacção de outras variáveis nas quais se podem incluir os factores psicológicos.

O facto de os resultados terem apontado que os adolescentes da amostra comunitária reportam episódios de dor continuada, à semelhança de adolescentes com diagnósticos clínicos associados, vai ao encontro de estudos anteriores acerca da prevalência de dor crónica na população pediátrica (Goodman & McGrath, 1991; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008). Foram encontrados ainda três adolescentes da amostra comunitária que reportavam níveis de dor bastante elevada, confirmando que existem adolescentes na população pediátrica com dores

moderadas a severas (Eccleston, Bruce & Carter, 2006; Mahrer, Montaña & Gold, 2012; Roth-Isigkeit et al., 2005).

Foram também encontradas diferenças nos níveis de dor em função do género, para a amostra clínica. Verificou-se que as raparigas reportavam níveis mais elevados de dor máxima nas duas últimas semanas, suportando os resultados de investigações anteriores, que apontam sistematicamente as raparigas como reportando mais dor (Abu-Saad, 2010; Haraldstad et al., 2001; Huguet & Miro, 2008; King et al., 2011; Perquin et al., 2000).

Os nossos resultados não evidenciaram diferenças significativas em função da idade, em nenhuma das amostras em estudo, contrariamente à literatura que aponta para um aumento dos níveis de dor reportada com o avançar da idade (Abu-Saad, 2010; King et al., 2011; Perquin et al., 2000; Stanford, Chambers, Biesanz & Chen, 2008).

4.2.2. Caracterização das estratégias de coping com a dor

Os adolescentes de ambas as amostras do estudo reportaram maioritariamente estratégias de *coping* de resolução de problemas para lidar com a dor. Estes resultados são concordantes com a literatura que aponta que é na adolescência que começam a emergir estratégias de *coping* mais sofisticadas, nas quais se incluem as estratégias de resolução de problemas (Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner e Zimmer-Gembeck, 2011). Apesar de as crianças poderem realizar esforços volitivos para a alteração de uma situação indutora de *stress* desde que adquirem o controlo motor, a capacidade de focalização no problema e a procura de diferentes formas que o permitam resolver é típica dos adolescentes.

Por sua vez, tanto para a amostra clínica como comunitária verificou-se que os adolescentes relatam menos estratégias de *coping* de externalização, à semelhança dos resultados encontrados no estudo de Reid, Gilbert & McGrath (1998), com crianças e adolescentes com dor recorrente, que também encontraram menor uso de estratégias de

coping de externalização, incluindo comportamentos como discutir ou brigar com os outros, gritar ou atirar coisas.

Relativamente aos adolescentes da amostra clínica foram ainda encontradas diferenças significativas em função do género. Verificou-se que os rapazes relatam mais estratégias de *coping* de evitamento focado no problema, à semelhança dos padrões de resultados apontados na literatura (Heckhausen & Schulz, 1995; Reid, Gilbert & McGrath, 1998). Verificamos também que os rapazes usam mais estratégias de distração comportamental do que as raparigas, sendo estes resultados concordantes com um estudo de diferenças em função do género de Keogh e Eccleston (2006). O presente estudo indicou ainda que as raparigas reportam mais frequentemente estratégias de internalização, à semelhança dos resultados obtidos em estudos anteriores (Hermann et al., 2007; Keogh & Eccleston, 2006). A literatura suporta que as raparigas têm maior tendência para usar estratégias passivas centradas na emoção, como é o caso da internalização (Heckhausen & Schulz, 1995).

Na amostra clínica também se verificou que os adolescentes mais velhos mobilizam mais estratégias baseadas na procura de informação e de internalização, comparativamente com os adolescentes mais novos que mobilizam mais estratégias de distração cognitiva. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores que suportam que é a partir do meio da infância e no início da adolescência que começam a emergir e a consolidar-se estratégias cognitivas de *coping*, nas quais se incluem a distração cognitiva, enquanto mais tardiamente na adolescência começam a ser privilegiadas estratégias metacognitivas de *coping*, sendo que os adolescentes passam a ser capazes de regular o uso de estratégias de *coping* de acordo com as suas próprias preocupações, incluindo considerações a longo prazo acerca dos seus objectivos pessoais e o impacto nos outros (Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner e Zimmer-Gembeck, 2011).

4.2.3. Caracterização das crenças sobre a dor

Os resultados obtidos indicaram que tanto os adolescentes da amostra clínica como os adolescentes da amostra comunitária apresentam maioritariamente crenças de que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Thastum, Herlin & Zachariae (2005), num estudo com uma amostra de jovens em idade escolar que reportavam dor crónica.

A análise comparativa entre as amostras do estudo indicou ainda que os adolescentes da amostra comunitária apresentam mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que as suas emoções têm um impacto sobre a experiência da dor. Estes resultados podem ser explicados pela premissa de que as crenças de crianças e adolescentes acerca da própria dor podem influenciar o seu ajustamento à mesma, sendo que pacientes com diagnósticos associados a dor crónica continuada podem apresentar crenças mais desadaptativas em relação ao grupo de pares (Miró, Huguet e Jensen, 2014; Thastum, Herlin & Zachariae, 2005). Contudo, a literatura relativa às crenças sobre a dor crónica em adolescentes é escassa, não tendo sido encontrados estudos comparativos para estas condições.

Os nossos resultados evidenciaram ainda que os rapazes apresentam uma maior tendência para acreditar que a sua dor pode ser curada através da intervenção médica, sendo concordantes com os descritos no estudo de Miró, Huguet e Jensen (2014). Verificou-se ainda que as raparigas da amostra clínica apresentam maior tendência para acreditar que suas emoções têm um impacto sobre a experiência da dor e que a dor poderá conduzir a incapacidade e a prejuízo físico, enquanto os rapazes da amostra comunitária acreditam essencialmente que os outros devem ser solícitos como resposta à sua experiência de dor. Não foram encontrados resultados similares na literatura, contudo o facto de esta ser ainda pouco extensa e o direccionada a crianças e adolescentes mais jovens poderá justificar a ausência de evidência neste sentido.

Relativamente à análise de diferenças em função da idade, verificou-se que na amostra clínica os adolescentes mais novos apresentam uma maior tendência para acreditar que são capazes de controlar a dor, enquanto na amostra comunitária os adolescentes mais novos apresentam uma maior tendência para acreditar que a dor poderá conduzir a prejuízo físico e que os outros devem ser solícitos como resposta à sua experiência de dor. Embora não tenha sido possível encontrar outros estudos comparativos, estes resultados vão no mesmo sentido dos obtidos por Miró, Huguet e Jensen (2014), que sugerem que os mais novos apresentam um maior controlo percebido da dor, maior tendência para acreditar que a dor poderá conduzir a prejuízo físico ou que devem evitar a prática de exercício físico e mais confiança na cura através da intervenção médica.

4.3. Estudos de associação

4.3.1. Associação entre os níveis de dor e as estratégias de coping

Foi possível encontrar uma associação entre os níveis de dor mais intensa reportada nas duas últimas semanas pelos adolescentes da amostra clínica e as estratégias de *coping* de evitamento focado na emoção e de internalização. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores, realizados com amostras clínicas, que apontam que estratégias de evitamento focadas na emoção se encontram relacionadas com uma maior intensidade reportada de dor, bem como com uma menor percepção de controlo da mesma (Reid, Gilbert & McGrath, 1998; Reid, Lang & McGrath, 1997; Varni et al., 1996). As estratégias de *coping* de internalização ou a tendência para a catastrofização também têm sido associadas a uma menor tolerância à dor e, consequentemente, uma maior intensidade reportada (Schanberg et al., 1997; Thastum, Zachariae e Herlin, 2005).

Verificaram-se ainda associações entre os níveis de dor mais intensa nas duas últimas semanas pelos adolescentes da amostra clínica e os níveis de dor média nas duas últimas

semanas para ambas as amostras e o *coping* de aproximação, nomeadamente, resolução de problemas e a procura de suporte social. Estes resultados contradizem os encontrados em estudos anteriores, que defendem que a mobilização de estratégias de *coping* de aproximação, nas quais se incluem a resolução de problemas e a procura de suporte social, se associam a menores níveis de dor reportada pelos adolescentes (Thastum, Zachariae e Herlin, 2001; Thastum, Zachariae e Herlin, 2005). No entanto, as amostras destes estudos são constituídas por crianças ou adolescentes mais novos em comparação com as nossas, o que pode ter contribuído para as contradições verificadas. A literatura relativa à dor crónica em adultos aponta que estratégias de procura de suporte social se encontram associadas a uma maior nível de dor reportada, uma vez que as figuras de suporte podem facilitar a expressão da dor e sofrimento associado, ao empatizar com as queixas de dor dos pacientes (e.g. Flor, Kerns & Turk, 1987; Kerns, Rosenberg & Otis, 2002; López-Martínez et al., 2008; Romano, Turner, Friedman et al., 1992). Estudos anteriores sugerem ainda que as mudanças no desenvolvimento das estratégias de *coping* ocorrem até ao final da adolescência, reportando semelhanças entre aquelas mobilizadas pelos adolescentes e pelos adultos (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), pelo que podemos hipotisar que o mesmo tipo de explicações se adequem aos resultados encontrados com adolescentes no nosso estudo.

4.3.2. Associação entre os níveis de dor e crenças sobre a dor

Nos adolescentes da amostra clínica não foram identificadas associações significativas entre as crenças acerca da dor e os níveis de dor reportados. Estes resultados não são concordantes com os verificados na investigação pioneira conduzida por Thastum, Herlin & Zachariae (2005), numa amostra clínica de jovens com artrite idiopática juvenil, que encontraram relações positivas entre intensidade da dor e crenças associadas a incapacidade,

prejuízo físico e solicitude, bem como relações negativas referentes a crenças relativas ao controlo e cura médica.

Por sua vez, na amostra comunitária verificaram-se correlações positivas significativas entre os níveis de dor máxima e média reportada pelos adolescentes nas duas últimas semanas e crenças de que a dor pode conduzir a prejuízo físico. No único estudo com uma amostra comunitária que foi possível encontrar apenas se observaram associações entre uma maior intensidade de dor reportada por crianças e adolescentes e o facto de manifestarem crenças de incapacidade de controlo da dor (Miró, Huguet e Jensen, 2014).

Os resultados contraditórios encontrados entre o presente estudo e a escassa literatura relativa a crenças acerca da dor crónica na população pediátrica evidenciam a necessidade de ser conduzida mais investigação na área. É possível ainda especular que as reduzidas dimensões das amostras e o facto dos estudos anteriores terem como participantes crianças e adolescentes mais novos possam contribuir para as discrepâncias verificadas.

4.3.3. Associação entre as estratégias de coping e as crenças sobre a dor

Os resultados do nosso estudo apontam para a existência de diversas associações entre as estratégias de coping e as crenças sobre a dor, para ambas as amostras clínica e comunitária, tendo sido encontradas em maior número para esta última.

De acordo com o modelo de Walker, Smith, Garber e Claar (2005), aplicado à dor crónica na infância e na adolescência, as crenças sobre a dor e a avaliação concretizada durante um determinado episódio de dor influenciam as estratégias de *coping* a ser utilizadas para responder a este, pelo que estas associações seriam expectáveis. Apesar de não ter sido encontrada literatura específica acerca da associação entre as estratégias de *coping* e as crenças sobre a dor em crianças e adolescentes, estudos com amostras adultas defendem também que, sendo a dor um possível indutor de *stress*, as crenças associadas podem

influenciar as estratégias de *coping* mobilizadas para lidar com esta (Turner, Jensen e Romano, 2000). Estes resultados evidenciam a necessidade de ser conduzida mais investigação na área, no sentido de confirmar se os padrões encontrados em adultos podem ser semelhantes para amostras pediátricas.

Numa análise individual de cada uma das associações encontradas, as únicas que parecem ir de encontro a resultados dizem respeito às crenças relativas à capacidade de controlo da dor. Estas mostraram-se positivamente associadas com estratégias de *coping* de aproximação, sendo que na amostra clínica encontram-se associadas com o uso de declarações positivas e na amostra comunitária com o *coping* de resolução de problemas. De modo semelhante, Reid, Gilbert & McGrath (1998) encontraram uma associação entre a mobilização de estratégias de *coping* de aproximação por crianças e adolescentes e um maior controlo percebido da dor. Para os adolescentes da amostra clínica, verificou-se ainda uma associação negativa entre crenças acerca do controlo da dor e o *coping* de internalização. Estes resultados são concordantes com os encontrados por Schanberg et al. (1997), que concluíram que crianças com artrite idiopática juvenil que se consideravam capazes de controlar a dor manifestavam reduzida tendência para a internalização ou catastrofização.

5. Conclusão e considerações finais

O presente estudo teve como principais objectivos comparar os níveis de dor auto reportada, as estratégias de *coping* com a dor e as crenças acerca da dor em jovens com diagnóstico de dor crónica e jovens de uma amostra comunitária e explorar a existência de associações entre dor, *coping* e crenças em cada um destes grupos.

Os resultados apontaram que os níveis de dor reportados foram ligeiramente superiores para a amostra clínica, embora as diferenças encontradas não sejam significativas, evidenciando a prevalência de dor crónica também na amostra comunitária. Relativamente ao *coping*, verificou-se que os adolescentes de ambas as amostras reportam maioritariamente estratégias de resolução de problemas para lidar com a dor e um menor uso de estratégias de *coping* de externalização. Constatou-se ainda que os adolescentes de ambas as amostras apresentam maioritariamente crenças de que a dor pode ser curada através da intervenção médica e que os adolescentes da amostra comunitária evidenciam mais crenças adaptativas e maior tendência para acreditar que as suas emoções têm impacto na experiência da dor. O estudo das associações na amostra comunitária revelou que tanto o *coping* como as crenças se encontram associadas com os níveis de dor auto reportado. Na amostra clínica apenas se verificou uma associação entre a dor reportada e as estratégias de *coping*. Outro resultado relevante foi a associação entre o *coping* e as crenças dos adolescentes, destacando-se as encontradas para as crenças relativas à capacidade de controlo da dor.

A principal limitação a apontar neste estudo diz respeito às reduzidas dimensões das amostras, que para além de apenas ter permitido estudos preliminares dos questionários utilizados, não validados ainda para a população portuguesa, pode ter enviesado algumas das nossas conclusões. É importante ainda salientar que foram encontradas diferenças significativas na distribuição de idades entre a amostra clínica e a amostra comunitária, sendo

superior a média das idades dos adolescentes da amostra comunitária, o que pode ter afectado os resultados obtidos.

Os resultados contraditórios ou nunca antes encontrados, especialmente no que diz respeito às crenças relativas à dor crónica na população pediátrica, evidenciam a necessidade de ser conduzida mais investigação na área. Note-se ainda que a maioria da literatura acerca destas temáticas incide sobre amostras com crianças ou adolescentes mais jovens ou diz respeito à população adulta.

Ao serem replicados resultados semelhantes em estudos posteriores, podemos também prever implicações a nível clínico, tais como a necessidade de desenvolvimento e planeamento de intervenções cognitivo-comportamentais que incidam na modificação de crenças consideradas como não adaptativas para a experiência de dor ou na promoção de estratégias de *coping* mais eficazes na redução da dor reportada pelos adolescentes.

6. Referências Bibliográficas

- Abu-Saad, H. H. (2010). Chronic pain in children and adolescents: a review. *IMed Leban*, 58, 5-110.
- Beck J.S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bennett-Branson S.M., Malleson P., Craig K.D. (1993, Agosto). The utility of a pain and coping diary for older children with chronic arthritis (abstract). 7th World Congress on Pain, Paris, França.
- Boothby, J.L., Thorn B.E., Stroud M.W., Jensen M.P. (1999). Coping with pain. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain: critical perspectives* (pp. 343-359). New York, NY: Guilford Press.
- Bradley, L.A. (1996). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. (pp. 131-147). New York, NY: Guilford Press.
- Christensen, M.F., & Mortensen O. (1975). Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Archives of Diseases in Children*, 50, 110-14.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.

- Craig, K.D., Korol, C.T., & Pillai, R.R. (2002). Challenges of judging pain in vulnerable infants. *Clinics in Perinatology*, 29, 445-457.
- DeGood, D.E., & Shutty, M.S. (1992). Assessment of pain beliefs, coping, and self-efficacy. In D.C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 214-234). New York: Guilford.
- Downie, W.W., Leatham, P.A., Rhind, V.M., Wright, V., Branco, J.A., Anderson, J.A. (1978). Studies with pain rating scales. *Annals of Rheumatic Disease*, 37, 378-381.
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 108, 221-229.
- Eccleston, C., Jordan, A. L., & Crombez, G. (2006). The impact of chronic pain on adolescents: a review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 684-697.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., & Guthrie, I.K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In S.A. Wolchik & I.N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp.41-70). New York: Plenum Press.
- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D.C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-259.

- Gold, J. I., Mahrer, N. E., Yee, J., & Palermo, T. M. (2009). Pain, fatigue and health-related quality of life in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 25, 407-412.
- Gold, J. I., Yetwin, A. K., Mahrer, N. E., Carson, M. C., Griffin, A., Palmer, S. N., & Joseph, M. H. (2009). Pediatric chronic pain and health-related quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, 24, 141-150.
- Goodman, J.E., & McGrath, P.J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46, 247-64.
- Hanley, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hoffman, A. J., Patterson, D. R., & Robinson, L. R. (2004). Psychosocial predictors of long-term adjustment to lower-limb amputation and phantom limb pain. *Disability and Rehabilitation*, 26, 882-893.
- Haraldstad, K., Sorum, R., Eide, H., Natvig, G.K., & Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal Caring Science*, 25, 27-36.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A lifespan theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Hermann, C., Hohmeister, J., Zohsel, K., Ebinger, F., Flor, H. (2007). The assessment of pain coping and pain-related cognitions in children and adolescents: Current methods and further development. *Pain*, 8, 802-813.
- Hermann, C., Hohmeister, J., Zohsel, K., Tuttas, M. L., & Flor, H. (2008). The impact of chronic pain in children and adolescents: development and initial validation of a child and parent version of the Pain Experience Questionnaire. *Pain*, 135, 251-261.

- Holm, S., Ljungman, G., & Söderlund, A. (2012). Pain in children and adolescents in primary care; chronic and recurrent pain is common. *Acta Paediatrica*, 101, 1246-1252.
- Huguet, A., & Miro, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *Journal of Pain*, 9, 226-236.
- Hunfeld, J.A.M, Perquin, C.W, Duivenvoorden, H.J, Hazebroek-Kampschreur, A.A.J.M, Passchier, J, van Suijlekom-Smit, L.W.A, & van der Wouden, J.C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 145-153.
- Ilowite, N.T., Walco, G.A., & Pochaczewsky, R. (1992). Assessment of pain in patients with juvenile rheumatoid arthritis: relation between pain intensity and degree of joint inflammation. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51, 343-6.
- International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle: IASP.
- Jensen, M. P., Karoly, P., & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 393-400.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Lawler, B.K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Keogh, E., & Eccleston, C. (2006). Sex differences in adolescent chronic pain and pain related coping. *Pain*, 123, 275-284.

- Kerns, R., Rosenberg, R., & Otis, J., (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 100-105.
- King, S., Chambers, C.T., Huguet, A., MacNevin, R.C., McGrath, P.J., Parker, L., & MacDonald, A.J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152, 2729-2738.
- Konijnenberg, A.Y., Uiterwaal, C.S., Kimpen, J.L., van der Hoeven, J., Buitelaar, J.K., & Graeff-Meeder, E.R. (2005). Children with unexplained chronic pain: Substantial impairment in everyday life. *Archives of disease in childhood*, 90, 680-686.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leo, R. J., Srinivasan, S. P., & Parekh, S. (2010). The role of the mental health practitioner in the assessment and treatment of child and adolescent chronic pain. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 2-8.
- Lien, L., Green, K., & Thoresen, M. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Children Adolescence Psychiatry*, 20, 509-516.
- López-Martínez, A., Esteve, R. y Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9, 373-379.
- Mahrer, N. E., Montaña, Z., & Gold, J. I. (2012). Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 808-816.

- Malleson, P., Connell, H., Bennett, S., & Eccleston, C. (2001). Chronic musculoskeletal and other idiopathic pain syndromes. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 189-192.
- Malleson, PN, Oen, K. Cabral, DA, Petty, RE, Rosenberg, AM, and Cheang, M. (2004). Predictors of pain in children with juvenile rheumatoid arthritis established. *Arthritis & Rheumatism*, 51, 222-227.
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). O Desafio da Dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Merskey H., Bogduk N. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Miró, J., Huguet, A., & Jensen, M. P. (2014). Pain beliefs predict pain intensity and pain status in children: usefulness of the Survey of Pain Attitudes. *Pain Medicine*, 15, 887-897.
- Osborne, T.L., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Hanley, M.A., & Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, 127, 52-62.
- Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 58-69.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L.W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000a). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87, 51-58.

- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M, van Suijlekom-Smit, L.W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000b). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *Clinical Journal Pain, 16*, 229-235.
- Raichle, K.A., Hanley, M.A., Jensen, M.P., & Cardenas, D. (2007). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *Journal of Pain, 8*, 718-29.
- Reid, G.J., Gilbert, C.A., & McGrath, P.J. (1998). The Pain Coping Questionnaire: Preliminary validation. *Pain, 76*, 83-96.
- Reid, G. J., Gilbert, C. A., McGrath, P. A., Chipuer, H. M., Ellerton, M., & Ritchie, J. A. (1994, Junho). Development of a pediatric pain coping checklist. Third International Symposium on Pediatric Pain, Filadélfia, Pensilvania.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Jensen, M. P., Hops, H., & Wright, S. F. (1992). Sequential analysis of chronic pain behaviors and spouse responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 777-782.
- Reid, G.J., Lang, B.A., & McGrath, P.J. (1997). Primary juvenile fibromyalgia: Psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis & Rheumatism, 40*, 752-760.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics, 115*, 152-162.
- Saunders, C. M., & Baines, M. (1983). *Living with Dying*. Oxford: Oxford University Press.

- Schanberg, L. E., Lefebvre, I. C., Keefe, F. I., Kredich, D. W, and Gil, K. M. (1997). Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. *Pain*, 73, 181-189.
- Schanberg, L. E., Anthony, K. K., Gil, K. M., & Maurin, E. C. (2003). Daily pain and symptoms in children with polyarticular arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 48, 1390-1397.
- Schechter, N. L., Berde, C. B., & Yaster, M. (2003). *Pain in infants, children, and adolescents: An overview*. In N. L. Schechter, C. B. Berde, & M. Yaster (Eds.), *Pain in infants, children, and adolescents* (pp. 471-486). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shields, B. J., Cohen, D. M., Harbeck-Weber, C., Powers, J. D., & Smith, G. A. (2003). Pediatric pain measurement using a visual analogue scale: A comparison of two teaching methods. *Clinical Pediatrics*, 42, 227-234.
- Shiri, S., & Kreitler, S. (2007). Psychological evaluation of the chronic pain patient. In S. Kreitler, D. Beltrutti, A. Lamberto, & D. Niv (Eds.), *The Handbook of Chronic Pain* (pp. 165-181). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Simons, L. E., Claar, R. L., & Logan, D. L. (2008). Chronic pain in adolescence: parental responses, adolescent coping and their impact on adolescent's pain behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 894-904.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.

- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Perceived control, coping, and development. In S. Folkman (Ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 35-58). Oxford: Oxford University Press.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain*, 138, 11-21.
- Thastum, M., Zachariae, R., & Herlin, T. (2001). Pain experience and pain coping strategies in children with juvenile idiopathic arthritis. *Journal of Rheumatology*, 28, 1091-1098.
- Thastum, M., Herlin, T., & Zachariae, R. (2005). Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 53, 178-84.
- Thompson, K. L., Varni, J. W., & Hanson, V. (1987). Comprehensive assessment of pain in juvenile rheumatoid arthritis: an empirical model. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 241-255.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D., & Gatchel, R. (1999). Psychosocial Factors and Pain: Revolution and Evolution. In Gatchel, R. & Turk, D. (Eds), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives* (pp: 481-494). New York: The Guilford Press.

- Turner, J.A., Jensen, M.P., & Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*, 115-25.
- Vandvik, I. H., & Eckblad, G. (1990). Relationship between pain, disease severity and psychosocial function in patients with juvenile chronic arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 19*, 295-302.
- Varni, J.W., Waldron, S.A., Gragg, R.A., Rapoff, M.A., Bernstein, B.H., Lindsley, C.B., & Newcomb, M.D. (1996). Development of the Waldron/Varni Pediatric Pain Coping Inventory. *Pain, 67*, 141-150.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with recurrent abdominal pain. *Health Psychology, 24*, 364-374.